

хождения ПНП, для удержания зависимых от опиоидов в состоянии ремиссии. При этом, общий показатель годовой ремиссии в группе с предварительным прохождением этапа ПНП (37,4%) более чем в 2 раза превышал аналогичный показатель в группе сравнения (15,6%). Кроме того были выявлены тенденции к снижению показателей объема и тяжести практически по всем основным психопатологическим синдромам (за понятным исключением дистимического синдрома, находящегося в обратной зависимости от проявлений более тяжелого депрессивного синдрома) на всех отслеживаемых этапах, начиная со старта программы стационарной МСР, и в продолжение 1 года после ее завершения. Необходимые критерии достоверности здесь были получены лишь по профилям синдрома анозогнозии и психоорганического синдрома. Данное обстоятельство связано с незначительным объемом соответствующих микрогрупп, дифференцированных по профилю основных психопатологических синдромов.

По клинико-психологическому параметру были получены результаты, доказывающие эффективность предварительного прохождения этапа ПНП для формирования более выраженных и устойчивых уровней конструктивной мотивации на выздоровление от опиоидов в ходе стационарной МСР и в постреабилитационном периоде. Такой же эффект отмечался и в отношении параметров психологической устойчиво-

сти к повторному вовлечению в химическую зависимость – 1) базисных приобретений; 2) новообразований возраста. Что свидетельствует о более конструктивном усвоении реабилитационного опыта резидентами экспериментальных программ ПНП.

По социальному параметру отмечалась существенно более благоприятная динамика формирования факторов устойчивости, а также интегративных показателей качества жизни (коэффициентов КС и КД) в исследуемой группе зависимых от опиоидов. Т. е. были получены доказательства более высокого уровня адаптации резидентов экспериментальной программы ПНП в условиях года полной абстиненции.

В ходе итогового экономического анализа было показано, что внедрение технологий первичной наркологической помощи зависимым от опиоидов более чем в 2 раза повысит эффективность стационарной наркологической помощи, оказываемой данному контингенту. А также – позволит экономить более 800 млн. тенге ежегодно.

Таким образом были получены доказательства дееспособности каждого тезиса рабочей гипотезы исследования, и, соответственно, аргументы в пользу широкомасштабного внедрения этапа первичной наркологической помощи в общую систему противодействия распространению наркотической зависимости в Республике Казахстан.

## НЕКОТОРЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ В ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИИ И ПРОГНОЗАХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Ю.В. Лукьяненко, Е.Ю. Лукьяненко, А.В. Котин,  
А.В. Казакова, П.П. Вязовой, М.В. Афанасьева

г. Тараз

В практике лечения больных с алкогольной зависимостью часто встречаются психологические маркеры, которые позволяют при сборе анамнеза уточнить диагностику, факторы риска рецидивов, варианты исходов лечения, отслеживать динамику мышления и поведения и вносить лечебные коррективы.

Наблюдая их в практике, мы предлагаем читателям сверить их со своими наблюдениями, они могут помочь и начинающим врачам и давно практикующим рассмотреть их и при необходимости использовать.

1. **Анозогнозия болезни.** При всех очевидных симптомах болезни и работе с больным в этом направлении, как родственников, так и врачей одним из часто встречающихся и труднопреодолимых симптомов является непризнание болезни самим больным и отсюда вытекает отказ от лечения. Преодоление ее требует иногда достаточно длительных разъяснений и убеждений семьи, психотерапии авторитет-

ными для больного личностями, использования переносимых больным трудностей для создания мотивации к критической оценке ситуации и формирования первичного признания своих бед и проблем, увязывая их с наличием болезни.

2. **Субъективная оценка болезни.** Помимо объективной врачебной оценки болезни при ее диагностике почти всегда предстоит преодолевать субъективную оценку, которую выстраивает для себя больной, оправдывая свое пьющее поведение. Таковая психология любого больного человека, а иногда и здорового, не умеющего разрешить свои проблемы, и он начинает искать «стрелочника» - виноватого или виноватых в его проблемах. «Я бы и не пил, если бы у меня была нормальная жена, хорошие дети, нормальные друзья (пьют то все вокруг), если бы начальник не был самодуром, если бы хватало денег на нормальную жизнь, если бы была хорошая рабо-

---

---

та, справедливые законы и так далее и тому подобное». Возразить ему можно только в одном - все это факторы влияющие, но второстепенные. И при самом благоприятном устройстве его жизни вероятность болезни была бы не меньшей, потому что есть другие объективные внутренние биологические предпосылки, которые вызвали бы ее.

Далее эта тема подробно развивается от генетики, особенностей ферментации печени, личностных особенностей и т.д.

**3. Особенности психологии мышления и поведения.** Наркологические заболевания относятся к болезням зависимости и отличаются от остальных болезней тем, что у больных формируется зависимое мышление – он думает о предмете своей страсти, он любит это занятие, он создает предпосылки для его реализации, он готов оправдать свои желания. Но кроме зависимого мышления у больных формируется и зависимое поведение. Они не только думают о своей страсти, и находят для этого объяснение - они это делают (пьют) вопреки инстинкту самосохранения (трансформирующемуся иногда в танатоинстинкт), вопреки логике и здравому смыслу, создавая проблемы для себя и окружающих.

Работа с ними требует профессиональной психологической и психотерапевтической коррекции и существенно влияет на успех лечения.

**4. Эмоциональный синдром.** Больные с зависимым мышлением и поведением всегда склонны надолго запоминать и положительно эмоционально оценивать все то приятное, что было во время их дружеских встреч, попок, приключений, расслаблений «по полной программе» - кутежей, куража, неистового веселья, различных курьезов и прочего – даже если они заканчивались тяжелыми последствиями. В тоже время они не хотят помнить, вытесняют из сознания, не придают значения, не осуждают все сопровождающие неприятности, считая их как бы неизбежными, незначимыми издержками перенесенного приятного. Это хорошо прослеживается при уточняющих сборах анамнеза, когда при всей серьезности момента они эмоционально оживляются, вдаются в подробности и готовы поддерживать такие разговоры.

Этот эмоциональный синдром требуется дезактуализировать, разрушить дипломатично, психотерапевтично, вызвать переоценку ценностей, поменять взгляды, отношение. Это уже профессиональная работа психотерапевтов, психологов.

**5. С трудом принимаемое разъяснение врачей о хроническом течении болезни и предупреждение рецидивов.** Во время проведения лечения больные как бы формально принимают это к сведению, но спустя определенное время актуальность этого важного постулата притупляется и профилактическое противорецидивное поведение не соблюдается.

Этому вопросу в процессе лечения надо придать особое значение, привести массу примеров, объяс-

нить особенности течения хронических заболеваний, повысить личную ответственность больного за свою последующую судьбу. Устранить иждивенческий настрой, что раз прошел лечение, дальше все будет решаться само собой. Проработать с больным индивидуальную программу противорецидивного поведения в деталях, подробностях, желательна снабдить памяткой.

**6. Переоценка своих возможностей – как причина рецидива.** Проходя лечебную программу, предупреждающую возможность рецидива хронической болезни, прослушав курс психотерапевтических занятий, многие больные формально соглашаются с этим, но при этом сохраняют собственное мнение, что все это, наверное, правильно, но ведь это касается всех. А я ведь не такой, я особенный, зачем мне эти прописные истины, я и сам в состоянии следить за собой и контролировать свое поведение. Эти рекомендации важны для кого-то, но не для меня. Налицо переоценка своих сил и возможностей. И здесь важно не столько разубедить больного, что он этого не сможет, а объяснить ему разнообразие и частоту соблазнов, что он, оказавшись в них, может быть в разном расположении духа и не справится с собой, потому что болезнь снижает сопротивляемость организма соблазнам, снижает борьбу мотивов. Поэтому предупреждение рискованных ситуаций, ограничение посещения предполагающих пьянство мероприятий, это его сознательное активное противоборство болезни.

Верь в себя, но будь предельно осторожен – болезнь не дремлет.

**7. Инфантильная стигматизация - проверить себя, испробовать результат лечения.** Используя разную расхожую информацию о результатах лечения у тех или других пациентов, у больных нередко проявляется желание проверить себя – «насколько я стоек, насколько подействовало на меня это лечение, да и вообще была ли у меня эта болезнь, может быть, это было временное стечение обстоятельств». Это приводит к рецидиву. Здесь, помимо групповой психотерапевтической работы, нужна поэтапная индивидуальная когнитивная психотерапия, предупреждающая инфантильные попытки проверить себя усомниться в наличии болезни.

**8. Недооценка программы реабилитации и неабилизации.** В программе лечения больным необходимо настойчиво и доказательно объяснить, что лечение – это не только лечебная процедура, но и изменение образа жизни, мыслей, поведения. «Вы посвятили часть своей жизни болезни, сполна «оценили» ее, так посвятите оставшуюся жизнь новым целям, задачам, новому качеству своей жизни. Верните упущенное, утраченное, найдите в новом отрезке жизни достойные вас занятия, научитесь «кай-фофать» от жизни, от ее новых неограниченных возможностей, от реализации своих способностей». Тогда быстро будут уходить ностальгические воспо-

---

---

минания о болезни, и вы с радостью будете наслаждаться новыми возможностями жизни. В этом ключе и проводится психотерапевтическая проработка реабилитационной программы, помимо общих занятий индивидуально с каждым пациентом, учитывая его статус, положение, жизненный опыт, окружение и т.д.

**9. Игнорирование поддерживающих процедур и курсов лечения.** Проводя лечение, врачи всегда рекомендуют больному при стрессах, при тяжелых жизненных ситуациях, когда снова появляются желания выпить, сдаться, сломаться, обращаться к врачам за поддерживающим лечением. Иногда для этого достаточно одной беседы или процедуры или даже курса лечения по предупреждению рецидива, но больные часто забывают об этом или игнорируют предложения, полагая, что справятся сами. Доказать целесообразность поддерживающей терапии одна из важных задач проводимого курса лечения.

**10. Попытка объяснить свои неудачи при предыдущих курсах лечения.** Имея опыт неудачных попыток лечения, большинство больных объясняют это тем, что попались не те врачи, что не так лечили, что разве это было лечение и т.д. И только часть больных признается в том, что лечение оказалось неудачным по их вине: не хотели лечиться, заставили, не соблюдал рекомендаций врачей, сам виноват и т.п. Вот на этих примерах и надо психотерапевтически развешивать горе-неудачников, которые готовы объяснить чем угодно свой паразитизм в лечении и иждивенчество, обвинить кого угодно. Завтра он будет другим так же плохо говорить о вашей помощи. Это важный момент как индивидуальной, так и групповой психотерапевтической работы, где группа вынесет решение кто прав, а кто виноват. Совет врачам – будьте осторожны, когда к вам подобоострастно как к единственному спасителю – кому верят, обращаются и поливают грязью всех предыдущих врачей. Не обольщайтесь и не идите у них на поводу. Врач всегда

помогает. А больной хозяин своей судьбы и самый заинтересованный в результатах лечения человек.

**11. Переход на другие формы зависимости.** Болезни зависимости (алкогольной, наркотической, токсикоманической, игровой (гамблеризм), табачной) носят перекрестный характер. Больной от одной зависимости может легко перейти к другой и это нередко происходит. Пытаясь оторваться от наркотиков, больные быстро обретают алкогольную зависимость или наоборот. Алкоголь часто сочетается с азартными играми. Не предупрежденные об этом, не проработав эту часть лечебной программы, больные обращаются в разное время попеременно то с одной, то с другой зависимостью.

**12. Полинаркоманический синдром.** Нередко к наркологам обращаются больные с миксами: «алкоголизм + наркомания», «алкоголизм + азартные игры», «алкоголизм + наркомания + азартные игры + табакокурение». При чем принимают они это параллельно и одновременно, а обращаются за помощью только от алкоголизма. Выделение одной проблемы из многих и лечение только ее бесполезно, не следует идти на поводу у больных. Надо объяснить и больному и сопровождающим родственникам о значении перекрестной зависимости, которая будет вызывать обострение других зависимостей и рецидив алкоголизма. Задача должна быть сформулирована так – либо лечить (и обязательно через стационар) все накопившиеся зависимости или отказаться лечить одну из них, результата не будет, останутся виноваты врачи.

Знание перечисленных особенностей в течении и лечении алкогольной зависимости поможет выбрать правильную психотерапевтическую тактику и более профессионально выстраивать лечебные программы. При работе над статьей нами использованы практические наработки НПЦ за многие годы работы и аналогичные упоминания части из них в наркологической литературе.

---

---

## КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ АГОНИСТАМИ ОПИАТНЫХ РЕЦЕПТОРОВ

Ж.Х. Сексенова

г. Павлодар

Современными исследователями отмечается многосторонность проблемы наркотической зависимости: экономическая, медицинская, социальная, правовая и воспитательная (Габияни А.А., 1987, 1990; Бабаян Э.А., 1988, 1990, 1991; Силласте Г.Г., 1993; Врублевский А.Г. и соавт., 1994, 1995; Пятницкая И.Н., 1994, 1995; Корчагина Г.А., Никифоров И.А., 1994; Боголюбова Т.А., 1995; Рохлина М.Л. и соавт., 2001;

Gossop M., 1984; Grant B.F., 1995; Kendler K., et.al., 1997). Одним из последствий проблемы наркопотребления является распространение инфекций, передающихся парентеральным путем, в том числе распространение ВИЧ-инфекции

По результатам Дозорного эпидемиологического надзора (ДЭН) распространенность ВИЧ-инфицированных лиц среди потребителей инъекционных